様式第14号

　　　年　　月　　日

（あて先）山形市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 郵便番号 |  |
| 開設者 | 住　　所 |  |
|  | 氏 名 |  |
|  | （法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名） |
|  | 電話番号 |  |

専属薬剤師設置免除許可申請書

　病院（診療所）に専属薬剤師を置かないことの許可を受けたいので、医療法第１８条ただし書の規定により下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　名　　称 |  |
| ２　開設の場所  | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| ３　診療科目 |  |

４　病床数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一　般 | 療　養 | 精　神 | 結　核 | 感染症 | 合　計 |
| 室　　床 | 室　　床 | 室　　床 | 室　　床 | 室　　床 | 室　　床 |

５　過去１年間の１日平均調剤数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入　　院 | 外　　来 | 合　　計 |
|  |  |  |

６　専属薬剤師を置かない理由

|  |
| --- |
|  |

注意事項

　当該施設が開設して１年に満たない場合には、開設の時から現在までにおける調剤数の１日平均について記入すること。